

# בקשה לערעור על החלטה רפואית בפני וועדה רפואית/וועדה רפואית לערעורים בתביעת אובדן כושר עבודה הראל חברה לביטוח בע"מ

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

את הטופס יש להעביר להראל חברה לביטוח, אגף תביעות ביטוח חיים, סיעוד ותאונות אישיות באמצעות אחת הדרכים הבאות:

- כתובת מייל: tvioths@harel-ins.co.il
  - מס' פקס: 03-7348172
  - כתובת דואר: בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802
- ניתן לוודא את קבלת הפקס/מייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1-700-70-28-70

פרטי המבוטח	
שם משפחה	שם פרטי
מס' ת.זהות	תאריך לידה
רחוב	מס' דירה
מס' בית	מיקוד
טלפון	טלפון נייד
דואר אלקטרוני	Email

**ב בקשת המבוטח**

אני החתום מטה מבקש לערער בזאת מהסיבות הבאות:

.....

.....

.....

.....

.....

**ג מידע למבוטח**

לידיעתך:

- ערעור על החלטת רופא החברה ידון בפני ועדה רפואית, וערעור על החלטת ועדה רפואית ידון בפני ועדה רפואית לערעורים.
- ניתן להגיש ערעור מטעמים רפואיים בלבד, בתוך 90 ימי עסקים ממועד הכרעת החברה בתביעה.
- הנך זכאי להתייצב בפני הוועדות הרפואיות.
- באפשרותך למנות מומחה רפואי מטעמך בוועדה הרפואית (ולא בוועדה הרפואית לערעורים) שחברת הביטוח תישא בעלויות העסקתו בסכום שייקבע על ידה, וזאת בהתאם להוראות חוזר יישוב תביעות אובדן כושר עבודה מיום 6 דצמבר 2020.
- אם ברצונך לדחות את מועד התכנסות הוועדה, באפשרותך להודיע על כך בכתב עד 48 שעות לפני מועד ההתכנסות שנקבע. ככל שלא תתייצב - הוועדה תדון בענייך ללא נוכחותך.
- במידה וקיימים ברשותך מסמכים רפואיים עדכניים שטרם הועברו למשרדי החברה, יש לצרפם לטופס זה.
- במקרה של ערעור לוועדה הרפואית או לוועדה הרפואית לערעורים, בסמכותן של הוועדות הרפואיות לדון מחדש בכל הנושאים בהם דן רופא החברה.

תאריך: ..... חתימה:  .....

מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה: www.harel-group.co.il



^dt6094